



Les modèles culturels dans la prévention du sida

Marcel Calvez

► To cite this version:

Marcel Calvez. Les modèles culturels dans la prévention du sida. Brigitte Bouquet. La prévention: concepts, politiques, pratiques en débat, L'Harmattan, pp.33-44, 2005, Logiques sociales. Cahiers du GRIOT. halshs-00483469

HAL Id: halshs-00483469

<https://shs.hal.science/halshs-00483469>

Submitted on 14 May 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES MODELES CULTURELS DANS LA PREVENTION DU SIDA.

Marcel Calvez
Université Rennes 2
Place du recteur Henri Le Moal
F-35043 Rennes Cedex
courriel : marcel.calvez@uhb.fr

Sous le terme de prévention du sida, on désigne ici les activités qui ont pour objet de contrôler la circulation du virus de l'infection à VIH et d'en empêcher la diffusion dans la population¹. Ces activités se rapportent à un domaine d'intervention que la santé publique qualifie de prévention primaire². Elles passent par des actions d'information qui empruntent les voies de la communication publique et par des interventions à visée éducative auprès de populations ciblées.

La circulation du virus étant, par nature, en dehors de l'expérience ordinaire et de la perception courante des individus, la prévention porte sur la réduction des incertitudes associées à la diffusion du virus et sur la mise en œuvre de moyens pour les contrôler ou les maîtriser. La notion de risque occupe une place centrale en réduisant les incertitudes à des situations auxquelles les individus peuvent répondre par des comportements appropriés.

Conjointement à une analyse de la production de connaissances sur le risque, une approche des modèles culturels mobilisés dans la prévention s'avère intéressante pour qualifier cet objet central que constitue le risque³. Par modèle culturel, on désigne les

¹ Le terme sida (acronyme dérivé du sigle SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise) est utilisé pour désigner de façon large l'état pathologique qui résulte de l'infection à VIH (virus d'immunodéficience humaine) ; d'où aussi l'expression virus du sida pour désigner le VIH, même si elle est impropre du point de vue médical.

² La prévention secondaire a pour objet de limiter la diffusion des pathologies chez les patients, la prévention tertiaire concerne les incapacités dues aux pathologies, soit de façon large la prévention des handicaps et des dépendances.

³ Pour une analyse de la production de connaissances sur le risque, Calvez M., 2004, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR, coll. des sociétés.

principes qui organisent et qui justifient les relations des individus entre eux. Ces modèles culturels s'articulent aux connaissances disponibles sur le virus du sida et sa diffusion pour établir un cadre normatif en fonction duquel les destinataires de la prévention sont appelés à se déterminer.

Pour illustrer la place qu'occupent ces modèles culturels dans la prévention, on peut considérer trois recommandations pour qu'une personne séronégative évite de contracter le virus au cours de relations sexuelles : l'utilisation de préservatifs, l'engagement de relations sexuelles avec un ou des partenaires au statut sérologique négatif connu, l'abstinence sexuelle. Ces trois recommandations partent des mêmes connaissances relatives à la diffusion du virus du sida ; mais elles n'aboutissent pas aux mêmes recommandations parce qu'elles ne mobilisent pas les mêmes principes sociaux. Ces recommandations sont prises en compte ou critiquées selon leur consonance avec les modes de vie auxquels les individus adhèrent. Ainsi, la chasteté avant le mariage et la fidélité conjugale peuvent constituer une réponse de prévention pour des personnes qui adhèrent aux enseignements de l'Eglise catholique. Dans d'autres contextes, ces recommandations sont rejetées parce qu'elles ne correspondent pas aux modalités à partir desquels les individus organisent leur vie et leurs relations. Tout autant que l'état des connaissances relatives au sida et à sa transmission, les modèles culturels doivent retenir l'attention car c'est en fonction d'eux que ces connaissances sont l'objet d'un ancrage social, c'est à dire qu'elles acquièrent un sens dans l'expérience des individus et qu'elles peuvent guider leurs conduites et leurs relations.

L'objet de cet article est de présenter et de discuter les modèles culturels qui sont mobilisés dans la prévention. L'argument central est qu'il existe deux modèles stables, l'un centré sur la raison individuelle et l'adaptation des conduites à un environnement incertain, l'autre sur l'appartenance communautaire et la conformité à des rôles sociaux. Un troisième modèle, fondé sur une condition égalitaire, ne peut se stabiliser que par la conscience d'un danger partagé par tous les membres du groupe. Mais la permanence d'une conscience d'un danger n'est pas acquise sur le long terme, ce qui pose la question de la stabilité de ce modèle. Pour aboutir à ces modèles, je partirai des situations d'incertitude générées par la circulation du virus du sida en montrant qu'elles ne renvoient pas uniquement à un état des connaissances, mais aussi à des enjeux relatifs à l'organisation des relations sociales. La catégorie de risque mobilisée dans la prévention organise cette incertitude. Je m'intéresserai alors aux attributions sociales du risque en montrant en quoi elles sont porteuses de modèles relatifs à

l'organisation des relations sociales dans un contexte de sida. Enfin, je présenterai les trois modèles culturels qui sont mobilisés dans les débats sociaux sur la prévention.

Les enjeux sociaux des incertitudes du sida

La prévention du sida a pour objet la maîtrise des incertitudes individuelles et collectives générées par l'irruption et le développement de cette nouvelle maladie. Maintenant que le sida a perdu sa prééminence dans les problèmes sanitaires et qu'il est l'objet d'une relative maîtrise médicale, ces incertitudes, présentes dans les premières années au cours desquelles le sida est devenu un problème public, ont été largement oubliées. Rappelons-en quelques aspects.

Dans leur analyse du traitement du sida dans six quotidiens français, C. Herzlich et J. Pierret présentent différentes modalités que revêt la perception d'une incertitude entre 1981 et 1986. D'emblée, « le discours qui s'énonce est un discours de l'incertitude, de l'ignorance, voire de la stupeur devant un accident « inexplicable » venu interrompre le cours ordinaire des choses et dont on ne sait pas s'il est appelé à durer »⁴. A partir de 1985, l'incertitude porte sur la généralisation d'une maladie jusqu'alors associée à des groupes perçus comme marginaux.

Cette incertitude se retrouve dans les pratiques professionnelles ou profanes à l'égard de personnes séropositives ou malades. Des entretiens réalisés en 1988 en offrent un aperçu qui permet de caractériser le contexte d'incertitude dans lequel cette maladie est appréhendée et les réponses contrastées qui lui alors sont apportées⁵.

« La petite [séropositive], ils la mettaient systématiquement en chambre d'isolement. Elle avait une maladie infectieuse au début, ce qui se justifiait ; mais après, ils continuaient de l'isoler. Sa mère était séropositive. J'ai appris que la surveillante trouvait la mère sympathique ; elle l'invitait à boire le café dans la salle de soins des infirmières, dans les tasses des infirmières, alors que la petite avait de la vaisselle jetable ou stérile en tous le cas. J'ai commencé à dire : « elle n'a pas besoin d'être isolée cette petite » ; on m'a répondu : « ne vous lancez pas là-dedans, vous allez

⁴ Herzlich C., Pierret J., 1988, Une maladie dans l'espace public. Le sida dans 6 quotidiens français, *Annales, Economie, Sociétés, Civilisations*, n°5, 1109-1134

⁵ Calvez M., 1989, *Composer avec un danger. Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au sida*, Rennes, Publications de l'IRTS de Bretagne.

semer la révolution dans le personnel » » (Médecin d'un service de maladies infantiles).

« On nous [le personnel] a annoncé qu'on était tous séronégatifs après le test de dépistage. Peut-être pour éviter des problèmes, parce qu'on avait appris que dans certains institutions auprès de X., certains personnels étaient contaminés et on le leur avait caché. C'était une personne qui y travaillait qui l'avait dit ; elle l'avait appris par un médecin qui avait dit qu'il ne fallait surtout pas que ça se sache. Ça semblait plausible parce que ce genre de chose, ça se pratique » (Infirmier dans un centre de post-cure pour toxicomanes, temporairement fermé en 1985 suite à la découverte de cas de séropositivité). Et ce même infirmier, à propos du refus opposé par le médecin chef de service d'utiliser des couverts jetables pour les repas pris en commun avec les patients : « Je dis qu'on ne nous a pas prouvé qu'il n'y a pas de contamination. Il n'y a pas de certitude. Je veux une certitude. Tant que cela reste hypothétique, je me refuse à prendre le risque ».

« Pour l'instant, je ne le considère pas comme quelqu'un de contagieux dans la mesure où ça ne s'attrape pas comme ça. Je sais qu'il est séropositif, mais je ne pense pas qu'il contaminera ses frères et sœurs. Ça ne saute pas comme ça. C'est sûr que les seules façons dont il pourrait contaminer, à la rigueur, c'est quand il y a des hémorragies externes. C'est arrivé une fois ou deux, des hémorragies dentaires. Là, c'est tout de suite l'hôpital et je lave son linge s'il est tâché » (Mère d'un enfant hémophile).

Ces situations posent toutes des questions relatives à la circulation et au contrôle du virus du sida, sans que des réponses puissent être apportées. C'est à cette absence de réponses que s'alimentent les incertitudes perçues. Une connaissance utile des conditions de transmission du virus faisant défaut ou ne pouvant être pleinement mobilisée, les individus concernés font appel à des principes de jugement social pour estimer les possibilités ou les probabilités de transmission.

Les situations évoquées par les extraits d'entretiens illustrent bien cette question relative à la nature des relations qu'il est possible d'entretenir avec des personnes séropositives et à la charge d'incertitudes ou de danger qu'elles recèlent. L'enfant séropositif est isolé parce qu'elle est malade ; sa mère, séropositive elle aussi, bénéficie de l'attention du personnel infirmier. La transmission du virus de la mère à l'enfant est alors largement documentée dans les milieux de soins ; mais elle n'est pas prise en compte dans un contexte relationnel dans lequel la femme est regardée

comme la mère d'un enfant malade. De surcroît, l'isolement de l'enfant s'insère dans les relations tendues entre le chef de service et le personnel infirmier, comme le refus de couverts jetables dans le deuxième extrait d'entretien. Là, l'infirmier ne prend pas en compte l'information médicale à laquelle il a un accès car il est en conflit avec les autorités médicales du Centre. Il fait appel à des rumeurs de contagion pour exprimer ce conflit professionnel. La mère de l'enfant hémophile bénéficie d'une information exhaustive sur les possibilités de transmission du virus car c'est dans le Centre médical où son fils est suivi que l'absence de transmission du virus dans les situations de la vie courante a été établie avec certitude en 1985. L'organisation des relations familiales lui permet de traiter de façon routinière les situations de contact sanguin qui peuvent advenir.

La discussion de ces trois situations conduit à souligner que les perceptions d'incertitudes associées au sida et les réponses qui leur sont apportées ne peuvent pas être traitées uniquement en termes de réception et d'interprétation d'une information publique, mais qu'elles engagent aussi les contextes relationnels dans lesquels les individus agissent. C'est par l'intermédiaire de ces contextes qu'ils interprètent les informations dont ils disposent et qu'ils répondent aux incertitudes en les généralisant comme dans les craintes de contagion étendue, en les délimitant par une évaluation des risques encourus, voire dans d'autres situations en les ignorant.

Les attributions sociales des risques

Le discours du risque qui s'énonce dans les politiques et les actions de prévention organise la perception des incertitudes relatives au sida en désignant des situations d'exposition au virus et en caractérisant des conduites susceptibles d'assurer une protection de l'individu. En qualifiant des situations de contrôle possible de la diffusion du virus, il sort de l'état d'indétermination dans lequel le sida est tout d'abord appréhendé. Il modifie l'environnement cognitif et normatif dans lequel les individus interprètent les situations dans lesquelles ils se trouvent. Il mobilise une information qui n'est ni complète, ni exhaustive, mais qui est suffisante pour former des conduites de prévention. Il fait également appel à des arguments relatifs à la protection de soi et des autres dans un contexte de maladie transmissible. Ces arguments engagent des modèles de relations sociales qui font de la prévention une chose éminemment sociale.

Cette dimension sociale s'exprime tout d'abord dans l'association du risque à des types particuliers de conduites et de situations ou à des groupes spécifiques d'individus. C'est cette association que l'on qualifie d'attribution sociale du risque. Ces attributions sociales partent de notions générales comme les « groupes à risques » ou les « comportements à risque » et leur donnent des contenus sociaux singuliers en fonction des représentations de la société qui sont mobilisées⁶. Elles sont l'objet de débats et de controverses dans le champ de la prévention. Ces débats ne portent pas sur la réalité du sida, sa transmission et sa diffusion, mais ils mobilisent des représentations différentes des conditions d'exposition des individus au virus et ils engagent des conceptions divergentes du type de relations et de solidarités à même d'assurer une protection contre le virus. Ce sont ces conceptions qui retiennent ici l'attention.

Comment rendre compte de ces conceptions en œuvre dans la prévention alors que celle-ci se présente comme un ensemble de recommandations pratiques frappées au sceau du bon sens ? Les hasards de l'activité de recherche m'ont conduit à travailler sur le sida et la prévention dès 1988, c'est-à-dire dans les premières années des actions publiques de prévention, et dans une région de faible prévalence, la Bretagne. Ces marges du sida n'étaient pas marquées par le sentiment d'urgence que l'on retrouvait ailleurs devant le nombre croissant de malades : bien que déjà présent, le sida était encore une épidémie en devenir. Le discours public de prévention n'était pas encore normalisé, ni consolidé en des énoncés centrés sur les modalités pratiques de la protection de soi. Différents acteurs, médicaux ou sociaux, se saisissaient de la question du sida pour diffuser des recommandations relatives à l'entrée dans la sexualité, à la sexualité en dehors de la vie conjugale, aux relations avec les toxicomanes, etc.. Ce foisonnement d'actions, dans un contexte épidémique en devenir, procure au chercheur une situation intéressante et riche pour identifier les modèles culturels qui sont mobilisés dans les discours sur le risque et la prévention.

Dans ces recherches de la fin des années 1980, l'analyse des attributions sociales du risque a fait émerger une conception hiérarchique de la communauté comme cadre de référence dominant pour représenter les risques du sida. La caractérisation sociale de « groupes à risque » et de « comportements à risque » procède la conception d'une communauté, inscrite dans un territoire et structurée autour de rôles et de statuts

⁶ Ces notions ont antérieures aux politiques de prévention. Elles émergent comme les premières représentations publiques des causes et des conséquences du sida et marquent durablement les façons d'appréhender la maladie dans la société.

différenciés, dans laquelle le bon comportement garantit la bonne santé. Cette conception part du principe que l'immunité est conférée par l'affiliation communautaire et la conformité à des rôles sociaux prescrits. Elle pose le sida comme une réalité extérieure à la communauté qui sert de cadre de référence : le sida vient de Paris quand on est à Rennes, il vient de Rennes quand on est à Quimper, il vient de Quimper quand on est dans le pays Bigouden, etc..

Cette conception permet d'identifier des situations sociales particulières dans lesquelles les individus peuvent être exposés au sida. C'est le cas de l'adolescence, définie comme un état intermédiaire entre deux statuts considérés aptes à assurer la protection de l'individu. C'est le cas des individus que leur activité met en contact avec l'extérieur et expose éventuellement au sida, comme les marins ou les voyageurs de commerce. En dehors de ces situations, le sida est associé à des individus qui sont en rupture avec l'affiliation communautaire. La toxicomanie, l'homosexualité, la prostitution sont des marqueurs de cette désaffiliation qui servent à expliquer l'exposition spécifique au sida. A la différence des premiers, pour qui elle est un état transitoire dans l'affiliation sociale, l'exposition des seconds au sida est réputée constitutive de leur condition sociale. Cette représentation guide ainsi les attributions du risque en opérant des distinctions selon la position sociale occupée. Elle utilise l'existence d'un danger pour établir une topographie des places que les individus occupent relativement à la communauté et pour qualifier les menaces qu'ils représentent pour elle. En ce sens, les attributions du risque engagent des procédures d'accusation sociale.

La représentation d'une communauté protégée dans un environnement de sida oriente les demandes en matière de prévention. Parce qu'il repose sur l'identification des différents types d'exposition au sida à des ruptures de l'affiliation communautaire, le contrôle du sida apparaît comme un projet de réorganisation des relations sociales au sein de la communauté, et la prévention comme le moyen de la réaliser. Dans les études menées, la reconnaissance d'une réalité homosexuelle spécifique par les tenants du modèle dominant de la prévention conduit à des demandes d'auto organisation des homosexuels en dehors d'une communauté centrale implicitement considérée comme hétérosexuelle. L'identification de la toxicomanie à une déviance individuelle se traduit par des demandes d'exercice d'une contrainte à l'égard des toxicomanes. Les réponses apportées aux jeunes oscillent entre la prise en compte d'un état de transition nécessaire dans la communauté et la reconnaissance d'une condition identitaire singulière.

Ces attributions du risque stratifient ainsi l'ensemble social à partir du modèle d'une communauté centrale protégée du sida par la vertu de ses règles collectives. Au marges de cette communauté, elles instaurent un groupe homosexuel, un ensemble atomisé de toxicomanes déviants et une catégorie d'âge dans une situation interstitielle. Dans cette représentation de l'ensemble social, l'objet de la prévention consiste à réaliser la stratification devant les risques en promouvant des conduites de protection adaptées à chaque groupe ainsi constitué.

Les modèles culturels de la prévention

Les attributions sociales du risque ont été l'objet de débats importants dans le champ de la prévention. Ces débats engagent des conceptions différentes des responsabilités individuelles et des solidarités collectives à mettre en œuvre pour maîtriser la diffusion du sida. Ainsi, les notions de « comportement à risque » et de « groupe à risque » n'ont pas la même acception dès lors que les individus affirment leur préférence pour une société d'individus qui en appelle à la responsabilité de chacun de ses membres ou pour une communauté qui valorise la conformité sociale. De telle sorte que les attributions sociales des risques acquièrent des contenus différents selon les modèles culturels auxquels se réfèrent les individus pour traiter du sida et de ses risques.

Au-delà de leurs contenus singuliers liés aux situations dans lesquelles les individus se trouvent et aux questions auxquelles ils sont confrontés, ces attributions sociales des risques permettent de dégager trois modèles culturels de la prévention⁷. Deux d'entre eux renvoient à la dichotomie, classique en sociologie, entre la communauté et la société⁸. Ils ont des implications radicalement différentes pour l'adoption de conduites de prévention. Dans la communauté, le risque, en étant associé à une déviance, renvoie à certains groupes ou individus ; ce sont eux qui sont concernés par la prévention. Dans la société des individus, le risque est une éventualité à laquelle chaque individu est confronté en fonction des actions qu'il entreprend ou des situations

⁷ Je laisse de côté une quatrième configuration qui repose sur une attribution généralisée du risque et sur des craintes étendues de contagion. Il ne me semble pas possible de parler de modèle de prévention, dans la mesure où cette crainte généralisée s'accompagne de la perception d'une impuissance devant les risques, et où d'autre part, elle ne s'exprime pas dans un discours public articulé et explicite (à l'exception notable en France du discours de prévention du Front national dans les années 1986-1987).

⁸ Pour une synthèse relative à cette dichotomie : Nisbet R., 1984, *La tradition sociologique*, Paris, PUF Sociologies.

dans lesquelles il se trouve ; ce sont alors ces actions et situations qui sont concernées par la prévention. Un troisième modèle se rapporte à un autre mode de participation sociale, le groupe égalitaire basé sur une condition commune. L'adoption de conduites de prévention doit alors devenir une condition commune, ce qui confronte un tel regroupement à des dilemmes d'organisation et d'affiliation sociale.

La représentation d'une communauté territoriale renvoie de façon forte au modèle communautaire de la prévention. Cette représentation est prégnante dans les approches centrales de la prévention que j'ai trouvée à la fin des années 1980 dans l'Ouest de la Bretagne. Elle exprime une représentation territoriale de l'appartenance collective observable depuis dans de nombreux autres domaines, de l'activité économique (par ex. le label « produit en Bretagne »), aux activités culturelles (par ex. le festival des « Vieilles charrues »), voire aux performances sportives (des athlètes olympiques identifiés comme finistériens) ou aux activités scientifiques (des chercheurs qualifiés de scientifiques finistériens). Les recommandations de prévention acquièrent une signification sociale dans le cadre d'un modèle culturel plus général marqué par l'affiliation à un groupe inscrit dans un territoire et la conformité à des rôles établis. Ce modèle conduit à interpréter l'exposition au virus comme une situation de transgression sociale, ce qui permet d'ancrer le risque dans l'expérience sociale en le rapportant à une déviance ou à une désaffiliation.

L'alternative à ce modèle est la conception sociétaire de la prévention, centrée sur la responsabilité de l'individu dans sa protection. Une possible exposition au virus n'est pas abordée en termes de transgression de normes collectives, mais comme une situation éventuelle à laquelle l'individu doit répondre par des mesures de protection adaptées. Les recommandations de la prévention s'ancrent dans un modèle centré sur l'intérêt de l'individu à se protéger. L'affiliation collective n'entre pas en compte dans les motifs de la protection. Ce modèle présente une grande proximité avec le référentiel des politiques publiques de prévention mises en œuvre en France⁹. Il résulte de compromis liés au développement de la lutte contre le sida qui ont cherché à éviter des catégories, comme celle de groupe à risque, susceptibles de donner du crédit à des revendications d'exclusion des séropositifs et, de façon plus large, des homosexuels¹⁰. Ce modèle ne s'interroge pas en priorité sur les conditions propres à

⁹ Je n'aborde pas la question de la solidarité avec les personnes séropositives qui constitue l'autre dimension des politiques publiques mises en place à la fin des années 1980

¹⁰ Sur ces questions, Pinell P. dir, 2002, *Une épidémie politique : la lutte contre le sida en France. 1981-1996*, Paris, PUF Science Histoire Société ; Thiaudière C. 2002, *Sociologie du sida*, Paris, La découverte Repères.

un groupe social ou culturel, susceptibles de favoriser une exposition au virus. Il part de la connaissance des modalités de transmission du virus et il promeut des normes de conduite à caractère universel. L'individu mobilise les principes de la raison instrumentale, l'adéquation de la fin aux moyens, pour se déterminer à l'égard de la transmission du virus. Tout en se présentant comme une approche socialement neutre du risque et de la prévention, ce modèle tire sa force de sa consonance avec le modèle universaliste de la citoyenneté. Les cadres de référence normatifs qui caractérisent un groupe social ou une communauté culturelle sont considérées comme secondaires par rapport à l'objectivité de la transmission du virus, de la même façon que son identité culturelle est considérée comme subordonnée à la citoyenneté qui constitue le principe de l'appartenance collective.

Le modèle égalitaire de prévention peut être caractérisé à partir des réponses que les homosexuels ont apporté à une maladie qui les a touché de façon précoce et massive dans les pays développés. Qualifier ce modèle d'égalitaire permet de marquer la différence avec le modèle communautaire et le modèle individualiste évoqués précédemment et de souligner l'importance de l'affiliation à une communauté de destin comme cadre de référence pour la prévention sur une base égalitaire. Cela conduit également à souligner qu'une caractéristique centrale de ce modèle, c'est que l'adoption de conduites de prévention concerne de façon égale chaque membre du regroupement. La réalisation de ce modèle égalitaire passe par une généralisation des conduites de prévention dans des réseaux dans lesquels la probabilité d'être exposé au virus est élevée compte tenu de la prévalence de la séropositivité et des pratiques sexuelles. Cette généralisation suppose une conscience partagée du risque et l'adhésion de l'ensemble des individus à des normes de conduite identiques, là où le modèle communautaire repose sur une hiérarchisation sociale des risques et le modèle individualiste mobilise une responsabilité personnelle. Compte tenu de la façon dont les réalités collectives homosexuelles sont constitués, la réalisation de ce modèle égalitaire de la prévention est traversé par des tensions importantes. Cette prise en compte des risques a été largement documentée¹¹. Ce sont les déterminants de ces tensions qui retiennent ici l'attention.

¹¹ Pollak M. 1988, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié ; Adam P., 1997, *Expérience intime et action collective. Sexualité, maladie et lutte contre le sida*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS Paris ; Calvez M., Schiltz M.A., Souteyrand Y. eds., 1996, *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, Paris, ANRS ; Lert F., Souteyrand Y. et Action coordonnée 18-1 « comportements et prévention » eds., 1999, *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS ; Broqua C., Lert F., Souteyrand Y eds. 2003, *Homosexualités au temps du sida. tensions sociales et identitaires*, Paris, ANRS-CRIPS.

Le partage d'un mode de vie, de lieux dédiés, de préférences et de pratiques sexuelles établit une communauté de destin basée sur une égalité de condition entre des individus que tout peut séparer par ailleurs. Ce cadre d'affiliation sociale est fragile dans la mesure où la constitution d'une réalité collective repose sur des interactions spécialisées (les relations sexuelles entre hommes) et sur une reconnaissance d'une situation collective définie par opposition à une société hétérosexuelle. En dehors de ce cadre restreint, la définition d'une réalité collective est sujette à des désaccords ou des dissensions. Le sida, dans la mesure où il touche de façon centrale la réalité collective homosexuelle peut contribuer à stabiliser cette réalité collective par la mise en avant d'un danger partagé. Il est aussi un attribut de personnes qui participent à cette réalité collective. Il est enfin la réalité de personnes qui sont contaminées et qui développent des maladies. Dans ce contexte social, le sida crée une situation appelant des réponses qui ne peuvent pas satisfaire, comme dans le modèle territorial précédent, de la désignation d'un danger extérieur. Même si la désignation des risques du sida permet de définir les contours d'un destin partagé, il faut encore que se développent des règles collectives favorisant l'émergence de conduites à même de protéger les individus et d'assurer la perpétuation de la réalité collective. Les principes stabilisateurs de cette communauté de destin ne peuvent pas être déduits du modèle égalitaire, mais poussent inmanquablement à l'adoption d'un modèle centré sur l'intérêt de l'individu ou d'un modèle qui promeut la conformité à des règles sociales différenciées. Sur le long terme, l'adoption de conduites de prévention remet donc en cause la représentation égalitaire de la réalité collective. C'est à ces enjeux culturels de stabilisation des conduites de prévention que s'alimentent les tensions dans l'adoption de comportements de prévention chez les homosexuels.

Conclusion

Un modèle culturel est un cadre de référence idéal à partir duquel les individus pensent les situations singulières dans lesquelles ils se trouvent. Les situations sociales dans lesquelles les individus agissent excèdent largement les modèles qui leur donnent une intelligibilité. Ainsi, le modèle de la communauté égalitaire, présenté précédemment, n'exprime pas la diversité des relations et modes d'affiliation sociale, des homosexuels. Cette communauté de destin renvoie à une représentation construite par les promoteurs de la prévention en milieu homosexuel comme un

modèle rationnel permettant aux individus de se reconnaître et de donner du sens à des conduites sexuelles jugées plus restrictives. De la même façon, la communauté territoriale dans laquelle le bon comportement garantit la bonne santé est une représentation idéale au sein de laquelle des recommandations de prévention acquièrent une raison d'être. Ces fictions renvoient à des modèles différents d'organisation des relations sociales auxquels correspondent des questions spécifiques relatives à la formation de conduites de prévention.

La discussion des modèles culturels de la prévention a souligné les questions spécifiques qui se posent à un modèle égalitaire. Ces questions renvoient à l'absence d'un principe stabilisateur apte à le constituer comme un modèle de référence stable pour les individus. Autant, il permet de stabiliser une réalité collective par opposition à des risques perçus comme extérieurs, autant il se heurte aux problèmes posés par l'émergence de normes partagées. Même dans le cas où le risque concerne une dimension centrale de la réalité collective (en l'occurrence les pratiques sexuelles), l'adhésion à des normes de conduites partagées génère des désaccords et des dissensions, indicateurs de la fragile assise de cette réalité collective¹². Parce qu'il concerne des situations faiblement institutionnalisées et qu'il engage des tensions entre différentes façons d'aborder la prévention, le modèle égalitaire peut être porteur d'innovations et de changements dans les pratiques de prévention. Mais, pour se maintenir et ne pas être en proie aux dissensions, ces innovations doivent trouver une assise dans un modèle culturel stable. C'est là que les deux modèles, l'un centré sur l'individu, l'autre sur l'affiliation à un groupe structuré dans de statuts différenciés, émergent ainsi comme cadres de référence centraux pour orienter les conduites de prévention.

Ces modèles sont des fictions, posant un cadre relatif aux responsabilités individuelles et aux solidarités collectives dans lequel des réponses différentes aux risques du sida trouvent leur raison d'être et leur justification. La vie d'un individu n'est pas réductible à un modèle de relations. A un moment donné, elle peut être traversée par des conflits d'allégeance à l'égard de modèles antagoniques. La prise en compte des décalages entre la complexité sociale d'une trajectoire biographique et des modèles de référence qui sont proposés aux individus pour se prémunir du sida me semble une voie intéressante pour analyser la formation des conduites de prévention

¹² Ce sont par exemple les débats autour de la réduction du nombre de partenaires, sur la vie de couple chez les homosexuels, sur l'abandon des pratiques de protection (*relapse*), ou de façon plus récente sur une sexualité non protégée (*bareback*)

et d'exposition aux risques. Elle permet de ne pas en rester à ces modèles culturels et de prendre en compte les tensions sociales dans lesquelles les individus prennent en compte l'existence du sida¹³.

¹³ J'ai esquissé cette approche à partir de quatre biographies dans Calvez M., 2004, Transition biographique et changement de perception des risques : l'apport de l'analyse culturelle, *Recherches sociologiques*, vol. XXXV, n°1, 117-132.